

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

61

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 novembre 1901, à 1 heure

par

François MARSOO

Né à Orthez (Basses-Pyrénées) le 20 novembre 1876.
Ancien externe des Hôpitaux.

DU

PHLEGMON LIGNEUX

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : { MM. TERRIER, professeur.
RECLUS et LEGRY, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

61

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 novembre 1901, à 1 heure

par

François MARSOO

Né à Orthez (Basses-Pyrénées) le 20 novembre 1876.
Ancien externe des Hôpitaux.

DU

PHLEGMON LIGNEUX

Président : M. BRISSAUD, professeur.

*Juges : { MM. TERRIER, professeur.
RECLUS et LEGRY, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	N.....
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	LANDOUZY.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LANGLOIS	RICHARD
ACHARD	DUPRE	LAUNOIS	TEISSIER
AUVRAY	FAURE	LEGRY	THIERY
BESANÇON	GILLES DE LA	LEGUEU	THIROLOIX
BONNAÏRE	TOURETTE	LEPAGE	THOINOT
BROCA (Aug.)	GOSSET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GOUGET	MAUCLAIRE	WALLICH
CHASSEVANT	GUIART	MERY	WALTER
CUNEO	HARTMANN	POTOCKI	WIDAL
DEMELIN	JEANSELME	RENON	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND-MÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de Pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris.
Chevalier de la Légion d'honneur.

Hommage très respectueux.

AVANT-PROPOS

Un devoir qu'il m'est doux de remplir est d'exprimer ma reconnaissance à tous mes maîtres.

Et d'abord, j'adresse l'expression de ma profonde gratitude à mes maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux, à M. le professeur Arnozan dans le service duquel je reçus mes premières notions cliniques, à M. le Dr Dubourg, à M. le Dr Moure, à M. le Professeur agrégé Dubreuilh qui fut pour moi un ami et un guide précieux. Je remercie également M. le Professeur Pousson de l'intérêt qu'il a bien voulu me témoigner.

Je fus à Paris en deuxième année de médecine l'élève de M. le Professeur agrégé Peyrot et de M. le Dr Guinard, chirurgien des Hôpitaux, alors son assistant ; tous deux me montrèrent une bienveillance que je n'oublierai jamais.

Je remercie M. le Dr Oulmont, médecin de l'Hôpital de la Charité dont j'eus l'honneur d'être l'externe pendant quelques mois.

Ma première année d'externat s'est passée à l'hôpital Laënnec dans le service de M. le Dr Barié qui ne cessa de me donner des preuves d'intérêt, dont je suis profondément touché.

Je n'ai pu être que quelque temps l'externe de M. le

Dr Paul Reclus. En m'autorisant à recueillir dans son service les matériaux de ma thèse, et en m'aidant de ses conseils, il m'a donné une nouvelle preuve de sa grande bienveillance ajoutée à tant d'autres. Je prie mon maître de voir dans les remerciements que je lui adresse autre chose qu'une vaine formalité traditionnelle.

J'ai eu aussi l'avantage d'être pendant plusieurs mois à la Clinique Baudelocque sous la direction de M. le professeur Pinard que je suis heureux de pouvoir remercier ici.

Je dois également tous mes remerciements à M. le Dr Champetier de Ribes, M. le Dr Faisans, M. le Dr Oettinger, M. le Dr Jean-Louis Faure, M. le professeur agrégé Sebileau, qui se montrèrent à mon égard dans maintes circonstances d'une parfaite aménité.

MM. les professeurs Schwartz, Reynier et Maclaure m'ont communiqué d'intéressantes observations, et m'ont ainsi fait profiter de leur grande expérience. Ils ont droit à toute ma gratitude.

Je sens très vivement le grand honneur que me fait M. le professeur Brissaud en acceptant la présidence de ma thèse.

DU

PHLEGMON LIGNEUX

Il existe à côté des inflammations franches, des inflammations chroniques provoquées par tous les microbes, habituellement ou accidentellement pyogènes; elles étaient rejetées autrefois les unes sur la tuberculose, les autres sur le cancer, et on commence maintenant à en débrouiller le chaos. On a longtemps confondu avec une tumeur maligne de simples collections à évolution torpide que Reclus a décrites sous le nom de « maladie kystique de la mamelle », et cette erreur de diagnostic avait même pour résultat bien des amputations de sein que la simple ponction aurait avantageusement remplacées. Des interventions radicales n'ont jamais dû être tentées contre les masses lardacées à évolution lente, désignées sous le nom « de phlegmon ligneux », mais comme cette affection finissait par disparaître d'elle-même, elle a dû certainement grossir la statistique des prétendues guérisons du cancer, et « contribué à la fortune des ignorants empyriques ».

A ce titre seul elle mériterait une étude approfondie basée sur des observations nombreuses et documentées. La chance qui nous permit d'observer un cas typique de phlegmon ligneux dans le service de notre maître M. Reclus ne nous favorisa pas dans la petite enquête à laquelle nous nous sommes livrés auprès de plusieurs chirurgiens.

Les malades atteints de phlegmon ligneux ne sont pas suivis de près car ni la gravité de leur état général ni l'urgence d'une opération ne nécessitent leur admission dans les services hospitaliers. Aussi les examens au point de vue bactériologique sont-ils rares et au point de vue anatomo-pathologique ils font presque défaut. Dans la littérature médicale nous n'avons trouvé que quelques faits bien étudiés dont la connaissance facilitera les recherches futures que nous souhaitons, mais qui actuellement par leur rareté même rendent très malaisée une description d'ensemble de l'affection.

Historique. — M. Reclus fut le premier qui en 1893 dans ses « Cliniques de la Pitié » attira l'attention sur cette inflammation spéciale des tissus ; frappé par un de ses caractères il créa pour la désigner l'expression « phlegmon ligneux ».

Uhde en 1854 avait déjà comparé à la dureté du bois la consistance d'un phlegmon consécutif à une périostite éberthienne du maxillaire inférieur.

Advena en 1842 se sert aussi de l'expression « fermenté ligneux » pour décrire chez les enfants scrofuleux des abcès à allure foudroyante qui aboutissaient ra-

pidement à la gangrène et l'ulcération des gros vaisseaux. Mais il est facile de voir combien peu les accidents dont parlent ces deux auteurs rappellent la symptomatologie du phlegmon chronique et l'on peut dire par conséquent qu'il n'existe pas sur la question d'étude antérieure à celle de Reclus.

En 1893, M. Reclus avait déjà observé 5 cas de phlegmon ligneux du cou bien étudiés et discutés dans la thèse de son élève Batsère.

En 1896, il suivit avec M. Faisans, M. Bouilly et Valéry Meunier, un jeune garçon de 15 ans qui à la suite d'une appendicite vit apparaître dans la fosse iliaque gauche puis dans la région prévésicale et dans la fosse iliaque droite trois foyers inflammatoires dont l'évolution et la dureté excessives se rapprochaient de ceux décrits au cou quelques années auparavant.

Kousnetzoff en 1898 publie dans le *Lietopis Russk chirurgia*, un cas de phlegmon ligneux avec examen bactériologique.

La même année, dans la même revue, Orloff en relatait trois autres. Mais dans l'un d'eux, il s'agit d'actinomycose.

L'année suivante deux malades atteints de phlegmon ligneux l'un au cou, l'autre au niveau de la paroi abdominale furent étudiés par Kraüse qui s'attacha tout particulièrement à la bactériologie de l'affection.

Au Congrès de chirurgie, le 21 octobre 1899, Van Stokum de Rotterdam communique l'étude anatomopathologique qu'il en a faite.

ÉTIOLOGIE

Les causes en sont difficiles à apprécier. Il semble pourtant que la vieillesse, la misère, le surmenage, l'alcoolisme soient de puissantes prédispositions. La plupart des malades observés par Reclus étaient des gens âgés, ceux de Krause pourtant étaient jeunes, l'un 25 ans l'autre 18.

La misère physiologique et le surmenage sont des facteurs plus importants que l'âge. M. Reynier est très affirmatif sur ce point. Le malade de Reclus qui mourut d'œdème de la glotte était extrêmement débilité ; c'est aussi chez les débilités que la maladie traîne le plus en longueur.

Le phlegmon ligneux est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

La maladie apparaît souvent au cours d'une angine, de gingivite ; les dents cariées sont pour les microbes une porte ouverte vers les ganglions lymphatiques. On note encore l'influence du traumatisme, des incisions chirurgicales infectées, des plaies accidentelles.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — Le début est parfois très brusque. Notre malade à la suite d'un mouvement violent du cou éprouve une douleur atroce, continue, avec exacerbations. La malade de Krause fut prise au milieu de la nuit d'une dyspnée intense qui l'obligea à se lever et qui ne cessa qu'au bout de plusieurs heures, à la suite de vomissements provoqués.

Mais la plupart du temps, il est *insidieux* : le malade a une angine au cours de laquelle un de ses ganglions sous-maxillaires se tuméfie ; il éprouve quelques frissons, quelques accès de fièvre. Puis la tuméfaction durcit ; le noyau d'induration, d'abord profond, gagne la peau ; celle-ci mobile au début sur les plans sous-jacents contracte avec eux des adhérences. C'est à ce moment que sa coloration se modifie.

Le processus peut se faire en sens inverse et la dureté ligneuse primitivement superficielle peut n'envahir la profondeur que secondairement. Chez notre malade, elle débuta en arrière de la mastoïde droite et elle n'avait pas été précédée d'engorgement ganglionnaire profond. Nous croyons toutefois que ce dernier processus est exceptionnel.

Signes physiques. — A cette période d'évolution de la maladie, *l'attitude de la tête* est constamment modifiée. Si la plaque indurée est latérale, ce qui est la règle, la tête est inclinée du côté malade en légère rotation du côté opposé. Selon les dimensions plus ou moins grandes de la plaque, l'attitude vicieuse est plus ou moins accentuée.

Si la plaque indurée siège en avant, la tête est fléchie et comme enfoncée dans les épaules à cause de l'élargissement de la base du cou.

Les mouvements spontanés sont très limités ; les mouvements provoqués sont plus étendus mais très douloureux.

La plaque indurée a des *dimensions variables* ; tantôt elle n'occupe qu'une très petite surface ; tantôt elle recouvre tout un côté et la face antérieure du cou empiétant même sur le côté opposé. Le plastron abdominal décrit par Krause allait de l'ombilic à la symphyse pubienne recouvrant à droite toute la surface située en avant du muscle grand droit de l'abdomen et à gauche un espace limité en bas par l'arcade de Fallope, en dehors par une ligne fictive allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, en dedans par la ligne ombilicale.

La plaque est *surélevée* en général. Souvent à sa périphérie on distingue un léger renflement *ou bourrelet* qui fait saillie sur les parties adjacentes, mais qui est toujours plus appréciable au toucher qu'à la vue.

La peau est au début indépendante de la tumeur et dans ce cas elle garde sa coloration normale ; mais plus tard elle devient adhérente et alors *sa couleur* est mo-

difiée. Le plus souvent rouge vif au centre de la plaque elle est rouge sombre à la périphérie où elle se continue sans ligne de démarcation bien nette avec les parties saines. Mais dans certains cas toute la surface de la plaque a une teinte uniforme qui se détache nettement sur les parties saines.

La consistance de la plaque est « ligneuse », et ce mot explique mieux que de longues périphrases la sensation que l'on éprouve. Elle est ligneuse sur toute l'étendue du mal et ne va pas en s'atténuant comme la coloration du centre à la périphérie. Elle cache le relief des muscles sous-jacents qui se contractent et peut empêcher de sentir l'ascension du cartilage thyroïde pendant les mouvements de déglutition.

La température locale est légèrement augmentée.

Symptômes fonctionnels. — Les signes fonctionnels sont moins nets que les signes physiques.

La douleur est en général peu intense, augmentée par les mouvements et surtout la pression du doigt. Elle peut précéder, comme nous l'avons vu, l'apparition de la plaque et même, fait assez curieux, disparaître entièrement au moment où la plaque apparaît.

La céphalalgie existe dans presque tous les cas. C'est une céphalalgie en casque, accentuée surtout pendant la nuit.

Les mouvements du maxillaire inférieur peuvent être très difficiles au point de ne permettre que l'ingestion des liquides. Il y a en général de la gêne de la déglutition. Les troubles respiratoires ont été notés dans quelques observations. Ils sont légers la plupart du temps. Des

troubles de la phonation accompagnent cette gêne respiratoire. La voix est rauque ou éteinte. Nous avons aussi noté la congestion de la face qui dans un cas rendait intolérable la position horizontale.

Les troubles pupillaires par compression du grand sympathique n'ont pas été signalés. Dans l'observation de Krause, le phlegmon ligneux abdominal avait provoqué quelques troubles urinaires, des mictions fréquentes mais non douloureuses.

Dans une observation inédite de M. Schwartz, les règles avaient disparu et ne revinrent que lorsque la guérison fut complète.

Les troubles généraux sont peu accentués : peu de fièvre, quelques frissons.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON

La durée de la maladie varie entre quelques semaines et plusieurs mois (1 cas d'une année).

Elle évolue de deux façons bien différentes :

Ou bien, et c'est la règle, certaines parties de la plaque se ramollissent, *deviennent fluctuantes*, et le malade éprouve à ce niveau quelques picotements et un peu de chaleur. De petits abcès superficiels se forment s'ouvrent, et il s'en écoule du sang mêlé de sérosité, rarement des grumeaux franchement purulents ; les abcès s'éternisent, donnent naissance à des fistules qui se ferment de temps en temps. La marche est donc lente, entrecoupée de rémissions qui font croire à la guérison prochaine jusqu'à ce qu'un nouvel abcès s'ouvre à l'extérieur.

Ou bien la plaque se tuméfie, soulève la peau qui forme des bosselures étendues plus appréciables au doigt qu'à la vue et séparées par des sillons. Mais la *dureté persiste* au niveau des saillies et dépressions. Puis lentement la consistance dure diminue de la périphérie au centre en même temps que la peau reprend son aspect normal. Le champ de l'induration se rétrécit donc graduellement, mais à aucun moment on n'y

décèle de l'empatement ou de la fluctuation. Cette forme pourrait être dite « sèche » par opposition à la première qui se termine par abcès.

Le phlegmon ligneux peut ne pas laisser de traces, mais parfois les aponévroses épaissies, le tissu conjonctif et élastique du derme hyperplasiés enlèvent pour toujours aux tissus leur souplesse normale et l'on peut dire que le tissu fibreux qui s'est formé à la suite des adhérences nombreuses fait désormais partie de l'anatomie de la région atteinte. Un tissu cicatriciel comble l'ouverture des fistules taries.

Pronostic. — Le pronostic est donc peu grave. Dans un cas de Reclus le malade mourut d'œdème glottique quelques heures après son entrée à l'hôpital, mais l'examen avait été bref, l'autopsie ne fut pas faite et il est par conséquent permis d'attribuer à d'autres causes cette terminaison fatale. Dans un cas de M. Schwartz, sur le siège d'un phlegmon ligneux guéri depuis 3 mois, il se greffa un épithélioma qui emporta le malade.

PATHOGÉNIE ET BACTÉRIOLOGIE

Les voies habituelles de pénétration des microbes dans le phlegmon ligneux sont les solutions de continuité des téguments. Une porte d'entrée des plus fréquentes, quand il s'agit de phlegmon de la région cervicale, nous paraît être la muqueuse buccale et pharyngée au niveau de laquelle, même à l'état normal, pullulent les micro-organismes les plus divers. Lorsque l'organisme est dans un état suffisant de résistance, les phagocytes et les antitoxines sécrétées par les cellules endothéliales arrêtent l'envahisseur. Mais si au cours d'une angine ou d'une inflammation d'origine dentaire les défenseurs viennent à fléchir, les microbes pénètrent dans les lymphatiques sous-jacents et de là dans les ganglions. Il nous paraît indispensable pour comprendre le trajet par eux suivi, d'étudier succinctement le système lymphatique de cette région.

Les ganglions lymphatiques sont excessivement nombreux à la région cervicale et aussi très variables par leurs situations et leurs rapports. Ils forment deux groupes l'un superficiel, l'autre profond : les ganglions superficiels au nombre de 5 ou 6 sont disséminés sur la face externe du sterno-cléido-mastoïdien, le long du bord postérieur de ce muscle et de la partie inférieure du

triangle sus-claviculaire. Ils semblent se grouper autour de la veine jugulaire externe et sont recouverts par l'aponévrose cervicale superficielle et le peaucier. Les ganglions profonds au nombre de 20 ou 30, d'après Theile, placés au dessous du sterno-cléido-mastoïdien sur les faces latérales du pharynx et de l'œsophage, forment le long de la jugulaire interne une longue chaîne non interrompue qui occupe toute la hauteur du cou. A ces divers groupes ganglionnaires se rendent tous les lymphatiques efférents des ganglions de la tête. Ces ganglions reçoivent en outre et à des hauteurs diverses tous les lymphatiques du pharynx et de l'œsophage, du larynx, de la trachée, du voile du palais et du corps thyroïde. Quant aux lymphatiques efférents de ces ganglions ils aboutissent à la base du cou et de là vont se jeter dans le canal thoracique à gauche, la grande veine lymphatique à droite.

Une deuxième voie de pénétration possible est le canal de Warthon par lequel les microbes gagnent la glande sous-maxillaire, Kœnig a constaté à plusieurs reprises la présence de filaments de *Leptothrix* dans le canal de Wharton. La troisième voie est constituée par les vaisseaux sanguins.

Dès que les microbes ont ainsi envahi les tissus, ils s'y multiplient et au moyen de leurs toxines frappent de mort une partie plus ou moins étendue des tissus périphériques. « Ainsi se fait, dit Letulle, une sorte de nodule toxi-infectieux autour duquel se joue le drame de la phagocytose, la réaction qui s'accomplit à l'aide d'un lien vivant établi entre les cellules connectives, les

endothéliums et les leucocytes. Dans cette hypothèse les cellules fixes atteintes les premières transmettent aux endothéliums vasculaires l'ordre d'agir ; ceux-ci se contractant laissent passer les globules blancs ou mieux facilitent la diapédèse. La phagocytose fera le reste ». Cette phagocytose dans le phlegmon aigu aboutit à la production du pus, vestige de la lutte entre le microbe d'une part, les cellules microphages et macrophages d'autre part. Pourquoi dans le phlegmon ligneux n'observe-t-on pas le même processus ?

Parce qu'en premier lieu, les microbes envahisseurs sont en *petite quantité et que leur virulence est considérablement atténuée*. « Il me fut impossible, dit Krause, d'obtenir des cultures avec la sérosité recueillie. Il fut nécessaire d'inciser un fragment de la tumeur et de l'ensemencer sur agar et encore les cultures obtenues par ce procédé se développèrent lentement et furent peu considérables.

Orloff dans ses examens bactériologiques ne trouve que quelques cocci.

Dans le cas de M. Reclus il faut 2 cmc. de sérosité pour obtenir sur bouillon quelques maigres cultures et une quantité moindre donne des résultats négatifs.

Dans celui de Kousnetzoff, la sérosité recueillie ne présente que très peu de streptocoques et l'injection de 1 cent. cube de cette sérosité ne provoque chez le lapin qu'une suppuration insignifiante.

Or il n'y a pas de pyogénèse possible sans microbes très nombreux. « Alors que plusieurs millions de combattants, dit Bouchard, produiront un abcès, un mil-

lion succombera avant toute suppuration. — Des expériences de laboratoire montrent aussi que l'atténuation de la virulence microbienne est toujours suivie d'une diminution de la suppuration. Tel staphylocoque qui aura tué un lapin à la dose de 11 gouttes inoculées dans le sang ne produira plus ses effets qu'à la dose de 11 centimètres c. trois ou quatre générations plus tard. C'est en injectant des streptocoques atténués à une dose suffisante pour engendrer la suppuration avec des microbes virulents que Roger a reproduit la myélite type Aran-Duchenne.

D'autres expériences non moins rigoureuses montrent que *certaines conditions* peuvent retarder ou même empêcher la pyogénèse. Dès 1884, Chauveau avait remarqué que les lapins sur lesquels il essayait de provoquer des abcès avec des cultures issues de streptocoque puerpéral résistaient bien aux inoculations ultérieures. En 1889 Holst inocule dans l'oreille d'un lapin du streptocoque pyogène de provenance humaine ; 20 0/0 de ces animaux ne montrèrent aucun accident ; ceux qui, ayant suppuré, guérirent, présentèrent pendant plusieurs mois une immunité remarquable contre de nouvelles inoculations. Reichel remarque que les animaux infectés déjà par le péritoine sont plus résistants à une nouvelle inoculation. Il injecte des doses minimales de staphylocoques à des animaux et voit ceux-ci devenir réfractaires à des doses plus fortes qui les auraient tués s'ils n'eussent été inoculés au préalable. Ces conditions réalisées expérimentalement qui confèrent ultérieurement une immunité relative aux sujets inoculés, ne peu-

vent-elles pas être créées de toutes pièces par l'organisme humain ? Et dans le cas particulier ne pouvons-nous pas admettre que les tissus de nos malades avaient déjà résisté antérieurement aux toxines microbiennes et acquis de ce fait une inaptitude particulière à la pyogénèse ? Dans les inflammations comme dans les infections il ne faut pas perdre de vue le sujet, et même le rôle de l'organisme envahi est probablement plus important que celui de l'agent envahisseur.

Il se peut aussi que la réaction particulière des tissus dans le phlegmon ligneux soit due à la disposition anatomique de la région atteinte. On conçoit aisément que des plans fibreux, chroniquement irrités par des toxines atténuées s'épaississent, prolifèrent, empêchent le pus de se collecter et même étouffent, pour ainsi dire, dans leurs mailles les micro-organismes pyogènes. Or nulle part mieux qu'au cou ces conditions ne peuvent être réalisées, puisque cette région présente de nombreuses couches aponévrotiques superposées :

C'est tout d'abord dans la loge antérieure le fascia superficialis qui engaine le muscle peaucier ; puis la vaste aponévrose cervicale superficielle qui entoure comme d'un fourreau le sterno-cléido-mastoïdien et sur la ligne médiane se continue à pleine lame avec celle du côté opposé, formant un revêtement à la face superficielle de la glande parotide et de la sous-maxillaire, remplissant la loge sus-hyoïdienne médiane ou espace quadrangulaire que limitent le maxillaire, l'hyoïde et le ventre antérieur des digastriques droit et gauche, l'espace sous-hyoïdien médian, partie triangulaire comprise

entre l'os hyoïde et les bords internes des sterno-cleido-mastoïdiens, enfin l'espace sus-claviculaire, triangle limité par les clavicules, les bords du trapèze et du sterno-cleido-mastoïdien. Au-dessous de l'aponévrose superficielle c'est, entre les deux omo-hyoïdiens, l'aponévrose cervicale moyenne divisée en lame intermusculaire qui entoure les muscles sous-hyoïdiens, et pré-musculaire qui se fixe au bord postérieur de l'échancrure sternale et à la face postérieure de l'extrémité interne de la clavicule. Nous ne parlerons pas de l'aponévrose profonde, revêtement des muscles prévertébraux que ne peut intéresser l'inflammation dont nous nous occupons. — Dans la loge postérieure du cou limitée en avant par les cloisons intermusculaires se superposent en zones concentriques, de la superficie vers la profondeur, les revêtements aponévrotiques du trapèze, du splénus, du complexe et du transverse épineux. Signalons pour être complet, deux étuis lamelleux, minces mais assez denses : l'un la gaine viscérale qui entoure la trachée et l'œsophage, l'autre, la gaine vasculaire qui englobe la jugulaire interne, la carotide primitive et le pneumogastrique.

Il semble que cette prolifération du tissu fibreux ne soit pas due à l'existence *d'un microbe spécifique*, quoi qu'en dise Van Stokum d'après lequel la présence du bacille *pseudo-diphthérique* serait constante, les autres microbes provenant d'infections secondaires : en effet dans un cas de Reclus on retrouve bien ce bacille pseudo-diphthérique, mais dans un autre c'étaient des cocci qui paraissaient entourés par une membrane d'enveloppe dissolvable à la chaleur, car à froid ils n'étaient pas

colorés par le bleu de méthylène, dont ils s'imprégnaient au contraire après que les lamelles avaient été exposées à la flamme. Kousnetzoff a trouvé du streptocoque. Kraüse quelques cocci dans le premier cas, dans le second les résultats furent négatifs. Il y avait quelques staphylocoques dans la sérosité de notre malade.

Quant à l'examen anatomo-pathologique pratiqué pour la première fois par Van Stokum, il fait voir dans le morceau excisé une prolifération des fibres conjonctives et des faisceaux musculaires en état de dégénérescence hyaline. Ces faisceaux conjonctifs suivent différentes directions et sont séparés les uns des autres par des lits de cellules. « Les unes ressemblent aux globules blancs du sang, d'autres sont plus volumineuses et d'apparence fusiforme. Quant aux vaisseaux sanguins ils montrent une paroi épaissie et une multiplication de leur endothélium ; enfin dans quelques points de la préparation les cellules plasmatiques hypertrophiées analogues à celles des sarcomes dominant et forment des amas dont la masse est variable ».

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de phlegmon ligneux présente parfois de grandes difficultés. Le *squirrhe en plaques diffus* de la glande sous-maxillaire, dans lequel les téguments durs, épaissis, rugueux, formant une sorte de minervé autour du cou, impriment à la tête l'attitude du torticolis, présente avec cette affection les plus grandes analogies ; la confusion peut persister même après l'apparition de la fluctuation et l'ouverture des abcès, car, dans les dégénérescences épithéliales de la région cervicale, la suppuration est fréquente, due sans doute à des inoculations bactériennes par les lymphatiques de la bouche. La cachectisation précoce dans le cancer, alors que l'état général n'est presque pas touché dans le phlegmon ligneux, est un indice précieux, mais souvent difficile à apprécier.

L'*inflammation chronique de la glande sous-maxillaire* offre avec la maladie une certaine analogie. M. Veau raconte dans sa remarquable thèse sur le « Branchiome malin de la région cervicale », l'observation d'un homme de 50 ans, chez lequel une tumeur avait débuté quatre ans auparavant sous l'angle de la

mâchoire. Au moment de l'opération, elle descendait jusqu'à l'os hyoïde, et s'étendait depuis le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien jusqu'au creux sous-maxillaire soulevant en haut le plancher buccal. L'examen histologique montra une abondante infiltration de cellules autour des acini à peine modifiés. En raison de l'intégrité des vaisseaux, on pouvait éliminer la syphilis.

Le *sarcome non mélanique de la peau*, tumeur quelquefois saillante et même pédiculée, mais souvent aussi sous-cutanée, peut, à cause de sa consistance dure, prêter à la confusion. L'examen microscopique est dans ce cas d'un grand secours, puisqu'il montre dans les fragments incisés des éléments globo-cellulaires, petites cellules rondes tassées, et fuso-cellulaires, ou cellules fusiformes groupées en faisceaux enchevêtrés. On peut retrouver ces cellules dans le phlegmon ligneux comme d'ailleurs dans toutes les inflammations chroniques. Mais dans le phlegmon ligneux, les éléments constitutifs persistent beaucoup plus longtemps que dans les tumeurs sarcomateuses diffuses.

Dans le cancer du corps thyroïde les phénomènes de sténose trachéale, les troubles prononcés de la phonation par compression des récurrents, l'envahissement des ganglions carotidiens qui forment d'abord un chapelet le long du paquet vasculo-nerveux puis se fusionnent avec le goître, sont assez caractéristiques.

Le diagnostic différentiel peut aussi se poser avec la « *dégénérescence scléreuse du corps thyroïde* » qui fut l'objet d'une récente discussion à la Société de chi-

rurgie, affection, d'après M. Ricard, bénigne au point de vue de sa nature histologique, mais assez rapide quant à son évolution pour tuer le malade par une sorte de strangulation progressive qui envahit et comprime l'œsophage, détruit la jugulaire, la carotide, le pneumogastrique. Aussi ce chirurgien est partisan de l'extirpation précoce et totale tandis que M. Poncet considérant la maladie comme une variété de thyro-carcinose déconseille l'opération qui, forcément incomplète, expose le malade à une récurrence rapide. Pour M. Delbet il ne s'agit que d'une sclérose inflammatoire périthyroïdienne se rapprochant des processus analogues qu'on observe en d'autres régions de l'organisme autour des vieux foyers de suppuration ; aussi d'après lui on peut se borner à l'extirpation plus simple du noyau thyroïdien qui a donné naissance au néoplasme. — Le siège de la tumeur, son ascension avec le cartilage thyroïde au moment de la déglutition permettent de la localiser dès le début dans le corps thyroïde et de ne pas la confondre avec le phlegmon ligneux.

La variété dure de *lymphadénome* décrite par Langhans et Virchow débute par les ganglions superficiels du cou qui se prennent isolément, se rejoignent ensuite. Ce début est donc bien différent du phlegmon ligneux. De plus l'âge du malade (le lymphadénome étant rare avant l'âge adulte) la marche envahissante de la tumeur qui semble s'accroître dans le sens naturel de la lymphe, qui refoule, détruit parfois les parois des vaisseaux, se complique souvent d'albuminurie d'érysipèle ou d'éruptions cutanées, et emporte le malade en un ou deux ans.

suivant les relevés de Potain, permettent de faire le diagnostic.

Dans l'*adénite cancéreuse secondaire* non enflammée par des infections ultérieures, on trouve des ganglions petits, durs, roulant sous le doigt et l'on découvre par un examen attentif l'organe dont le cancer peut retentir sur les ganglions cervicaux : langue, lèvres, pharynx, larynx, oreille, corps thyroïde, estomac, intestin, testicule même. Si cet examen est resté infructueux il faut songer à la possibilité du sarcome des ganglions lymphatiques ou d'épithélioma branchial du cou.

La *gomme tuberculeuse* au début est une tumeur hypodermique assez dure, ronde, mobile, de la grosseur d'un pois ou d'une noisette ; plus tard en s'accroissant elle adhère à la peau, celle-ci s'enflamme et rougit, sa consistance diminue. Le pus s'écoule par un pertuis étroit qui s'élargit et découvre un cratère de forme spéciale à bords peu saillants, décollés et amincis dont le fond est tantôt granuleux, tantôt couvert de fongosités. Cet aspect n'est nullement celui des abcès de phlegmon ligneux.

Dans la *gomme syphilitique* si fréquente dans la région sterno-mastoïdienne, on perçoit une tuméfaction arrondie d'abord assez dure et mobile ; puis un point se ramollit, s'élargit de plus en plus, la peau devient adhérente, rouge, œdémateuse et bientôt ce n'est plus qu'une lame de l'épaisseur d'une pelure d'oignon qui laisse voir par transparence le centre de la gomme. Ulcérée, la gomme laisse un cratère profond, anfractueux, que l'extension de la lésion tertiaire à la peau au tissu

conjonctif aux aponévroses agrandit encore. Le diagnostic est facile avec les petits abcès superficiels du phlegmon ligneux qui ne détruisent jamais les aponévroses musculaires.

L'actinomycose débute comme souvent le phlegmon ligneux au cours d'une odontalgie par des plaques indurées surélevées dont le contour est marqué par un gros bourrelet ; elles sont séparées les unes des autres par des plis au niveau desquels la dureté est moins considérable. Les placards d'infiltration sont souvent adhérents aux parties profondes et ils sont parfois reliés à l'arcade dentaire par un cordon dur. Au bout de quelque temps le centre des placards se bombe en une saillie violacée et laisse s'écouler du sang et de la sérosité. Dans le phlegmon ligneux les sillons qui limitent les parties tuméfiées ne sont pas ramollis comme dans l'actinomycose, mais c'est là une différence peu nette et les deux affections ont en somme les plus grandes analogies. Mais l'hésitation n'est plus possible après l'examen de la sérosité qui dans le cas d'actinomycose renferme les grains jaunes à mycélium central et massues en couronne rayonnée.

Dans une observation de M. Mauclair, la plaque à son début ressemblait à de la *sclérodémie circonscrite*. Les îlots sclerodermiques sont eux aussi très durs, lardacés, donnant l'impression de cuir enclavé dans la peau et cette induration est tantôt superficielle, tantôt profonde, adhérente aux aponévroses sous-jacentes. Mais ces plaques sont le siège de troubles trophiques : chute des poils, suppression de la sueur et elles sont

en général entourées d'un liseré couleur lilas caractéristique.

Le *fibrôme de la paroi abdominale* peut simuler quelquefois le phlegmon ligneux. On le reconnaît en général à son évolution d'une lenteur extrême, à l'absence de douleurs, à sa forme arrondie ou ovoïde ou quelquefois un peu aplatie en forme de galet.

TRAITEMENT

Le traitement chirurgical paraît abrégé la durée de la maladie, est toujours suivi d'une diminution de la douleur et atténue l'attitude vicieuse de la tête. Certains chirurgiens comme M. Reynier n'attendent pas pour prendre le bistouri que la fluctuation soit devenue manifeste, mais au contraire incisent hardiment les tissus lardacés jusqu'à ce qu'ils aient dépassé dans la profondeur les limites du mal. Il est bon aussi, de pratiquer une contre-ouverture et d'introduire dans l'orifice de la première incision un drain qui ressort par la seconde. Par ce drain troué en trois ou quatre endroits, on fait de fréquentes irrigations antiseptiques avec des solutions de sublimé ou d'acide phénique.

S'il se forme des abcès successifs on les ouvre dès qu'on sent un point ramolli ou fluctuant et on recouvre d'un pansement humide. On peut aussi avec la pointe fine du thermo-cautère pratiquer de longues et profondes traînées. Mais ces dernières ont l'inconvénient d'être souvent suivies de cicatrices disgracieuses. Les pointes de feu paraissent attirer les micro-organismes de la profondeur vers la superficie et tel phlegmon qui conser-

vait depuis longtemps sa dureté ligneuse, a présenté de la fluctuation peu de temps après une simple cautérisation ignée.

Dans le cas à bacilles pseudo-diphthériques, l'injection de 50 cc. de sérum de Roux fut suivie d'une amélioration notable. C'est dire que l'examen bactériologique ne doit jamais être négligé, puisque ses résultats peuvent dans une certaine mesure entraîner une modification de l'acte thérapeutique.

OBSERVATION I (Reclus)

A. W..., 59 ans (bijoutier). Deux de ses sœurs sont mortes tuberculeuses. Lui-même a peut-être eu la syphilis. Il y a 14 ans le malade vit paraître dans la région sus-claviculaire gauche un premier ganglion, puis il y a quatre ans un second dans la région rétro-maxillaire du même côté. C'est au niveau de ce ganglion que le 10 mai 1893 apparut une tuméfaction qui s'accompagna d'une sensation de malaise, de maux de tête et d'une chaleur locale. Ce gonflement d'abord le long du muscle sterno-cléido-mastoïdien où il présentait, suivant le dire du malade, l'aspect d'une grosse corde tendue, très dure, soulevant la peau, occupa bientôt la région parotidienne et rétro-auriculaire ainsi que toute la dépression sous-maxillaire. Les mouvements de rotation et de latéralité de la tête encore libres pendant quelques jours ne tardent pas à devenir limités en raison des adhérences qui se forment, reliant la tumeur à la peau d'une part et d'autre part aux parties profondes : muscles et aponévroses. Les mouvements de déglutition sont absolument libres car la tumeur ne s'étend pas jusqu'au larynx. Le malade ne ressent presque pas de douleur, pas plus à la pression que spontanément.

Au bout d'un mois voyant que la tumeur avait plutôt ten-

dance à augmenter qu'à disparaître le malade entre à l'hôpital où l'on constate l'état suivant : au niveau de la région indiquée on trouve une grande plaque rouge d'une coloration rouge violacée. La dureté est ligneuse et donne la sensation d'un cancer en cuirasse. La résistance et la coloration s'arrêtent presque brusquement et la limite des parties malades est masquée par un bourrelet plus appréciable au palper qu'à la vue. En aucun point on ne trouve de la mollesse ou de la fluctuation M. Reclus se demande s'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne, d'une adénite ou d'une péri-adénite cancéreuse.

Cependant peu à peu aux confins postérieurs de la tuméfaction, à la lisière des cheveux et sur la nuque la coloration se modifie ; elle devient plus sombre, la consistance en est oedémateuse et sous la pression le doigt y laisse son empreinte. Le 20 juin, la fluctuation est manifeste ; il est possible de marquer les limites d'une collection purulente qui est incisée et où l'on prélève pour l'étude bactériologique une certaine quantité de liquide. Un second foyer semble se dessiner trois jours après à côté du premier et une nouvelle incision est pratiquée. Mais le centre de la tuméfaction est aussi dure, car ce n'est que vers la fin de juillet que la consistance a diminué. Une nouvelle ponction a été faite au bistouri et drainée et c'est à partir de ce moment que les bords de ce phlegmon chronique se sont affaissés, les téguments assouplis et la rougeur atténuée. On constate néanmoins encore des poussées inflammatoires nouvelles sans fièvre et sans douleur, avec seulement une légère sensation de chaleur au niveau des points qui vont s'abcéder. Et pendant un an environ, tous les mois de petits abcès circonscrits se forment au-dessus de la masse indurée indépendants les uns des autres. Par des incisions au thermo-cautère on donne issue chaque fois

à une très petite quantité de pus mélangé de sang. Mais l'induration continue quoique diminuée et la peau garde sa coloration rouge violacée.

Une dernière incision faite au mois de mars 1894 avec le thermo-cautère pénètre profondément. Elle part du point d'insertion du sterno-mastoïdien à l'apophyse mastoïde et descend parallèlement dans une étendue de 8 cm. Un curage laborieux donne lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de sang, n'entraînant que très peu de pus. Les tissus sont durs, résistants à la curette et présentant un aspect lardacé. Deux mois après, la cicatrisation de cette nouvelle incision étant complète, le malade sort de l'hôpital.

Le malade est revu 10 mois après. Le cou est plus gros du côté malade que du côté sain. On voit les cicatrices des nombreuses incisions, surtout de la dernière la plus profonde et la plus étendue. La peau fibreuse à ce niveau est d'une couleur blanc nacré qui contraste avec la coloration encore un peu rouge du siège ancien du mal. A la palpation la peau est adhérente. De plus les divers mouvements de cou n'ont pas encore toute leur étendue ce qui résulte des nombreuses adhérences qui unissent les muscles, les aponévroses et le tissu cellulaire. Au niveau du rebord du maxillaire près de l'angle on sent un gros ganglion très dur indolore qui ne se laisse pas déplacer et dont la surface est uniforme sans bosselures. Le malade n'a pas souffert depuis sa sortie de l'hôpital. Aucun nouvel abcès ne s'est formé et ce qui reste d'induration le gêne très peu. Sa santé générale est excellente.

Examen bactériologique. — L'examen bactériologique fut fait dans le laboratoire de M. Cornil par M. Tixeront, élève du service. Il prépara six lamelles, deux réservées pour les recher-

ches par coloration simple, les quatre autres destinées à la double coloration. L'examen par la coloration simple avec la solution aqueuse du bleu de méthylène à froid montre quelques diplocoques disséminés dans le champ microscopique et deux ou trois chaînettes du même diplocoque ; en somme on constate que ce pus est peu chargé en micro-organismes. La double coloration ne décèle aucun bacille tuberculeux mais la préparation est remplie de diplocoques disséminés ou en chaînettes ou agglomérés et quelques-uns sont inclus dans les leucocytes. Le pus renferme donc un micro-organisme difficilement colorable, propriété qu'il doit sans doute à une membrane d'enveloppe qui se dissout par la chaleur et le bacille devient alors colorable. En effet quand on prend deux lamelles chargées de pus, les frottant l'une contre l'autre, si on traite l'une par le bleu de méthylène concentré à froid et l'autre par le bleu de méthylène très étendu à chaud, on ne trouve dans la première que de rares diplocoques tandis que la seconde en montre un très grand nombre.

Desensemencements ont été faits dans du bouillon sur de la gélatine et sur de l'agar-agar. Les cultures ont été lentes à se développer. Cependant au troisième jour le bouillon était troublé et il s'était légèrement développé quelques rares colonies sur la gélatine et dans l'agar-agar. Elles n'avaient nullement l'aspect de streptocoques, de staphylocoque et des diplocoques des suppurations ordinaires.

OBSERVATION II (Reclus).

Homme de 40 ans entré à l'hôpital Broussais. Il était porteur d'une tumeur occupant toute la partie antérieure du cou. Toute

la région antérieure de l'os hyoïde au sternum et du muscle mastoïdien droit au muscle mastoïdien gauche était comme blindée par une peau épaissie d'un rouge vineux qui formait une sorte de tumeur aplatie mais limitée par des bords surélevés ; elle était d'une dureté ligneuse et telle que je me demandai pendant plusieurs jours s'il ne s'agissait pas d'un large squirrhe des téguments. La gêne était considérable : les mouvements de flexion et de latéralité et d'extension presque impossibles, il n'y avait que peu de douleur spontanée et provoquée ; à peine une souffrance sourde sous une pression un peu vive : ni frisson, ni fièvre et pour expliquer l'apparition du mal, rien qu'une misère physiologique assez prononcée. La rougeur datait déjà de 3 semaines ; au bout de 15 jours seulement les téguments devinrent œdémateux ; plusieurs foyers de suppuration apparurent qui furent ouverts et le malade finit par guérir lentement.

OBSERVATION III (Batsère)

Le 30 octobre 1894 un employé d'octroi, H... est venu consulter le Dr Reclus pour un gonflement du cou qui l'empêche de boutonner sa tunique et gêne les mouvements et la déglutition.

Le cou est volumineux à sa partie antérieure. Il semble diminué de hauteur et enfoncé entre les épaules. La tête est d'ailleurs dans la rectitude parfaite et se remue sans douleur. La tuméfaction est nettement limitée à la région sous-hyoïdienne ou pour mieux dire pré-laryngée. On ne constate aucun changement de coloration de la peau sauf en un point au centre de la tumeur où elle paraît légèrement rosée.

La palpation permet de préciser les limites de la tuméfaction. En haut elle s'arrête au dessous du bord supérieur du cartilage thyroïde. En bas elle comble la dépression sus-sternale, surplombe la clavicule du côté droit et semble plonger dans le thorax. Latéralement elle a pour limites à gauche le muscle sterno-mastoïdien dont on peut sentir les faisceaux postérieurs. A droite, elle englobe la saillie de ce muscle et s'étend jusqu'au bord antérieur de la clavicule. La tuméfaction est absolument uniforme et sans bosselures. Sa consistance est la même dans tous les points de sa surface ; elle est d'une dureté ligueuse. La peau glisse facilement sur la tumeur dans toute son étendue, sauf à la partie centrale au niveau du point rose où l'on constate un léger degré d'adhérence.

Si l'on essaie de la déplacer, on la trouve à peu près immobile. Soit qu'on cherche à la faire glisser dans le sens vertical ou dans le sens horizontal. Le cylindre laryngo-trachéal se meut parfaitement en arrière dans les efforts de la déglutition. Dans le creux sus-claviculaire gauche on sent deux petits ganglions durs, indolents et roulant sous le doigt. En aucun point de la tumeur on ne sent de fluctuation superficielle ou profonde. Pas de douleur à la pression, pas de chaleur à ce niveau, pas de fièvre. M. le Dr Reclus, au grand étonnement de tous ceux qui étaient présents, porte le diagnostic de phlegmon ligueux tout en reconnaissant la grande ressemblance qui existe entre cette affection et une tumeur maligne et décide le malade à entrer à l'hôpital.

31 octobre. — C'est alors que nous avons pu interroger le malade sur le début de son affection et prendre sa température qui ne dépasse pas 37°. C'est un homme de 35 ans, assez vigoureux et n'ayant jamais fait de maladie sérieuse. Son teint est

pâle; mais il n'a jamais été, paraît-il, plus coloré même avant sa maladie. Il a cependant un peu maigri depuis quelques mois. Comme antécédents héréditaires nous ne trouvons rien à noter au point de vue tuberculeux ou cancéreux. Comme antécédents personnels, nous n'avons relevé qu'une fièvre intermittente à l'âge de 15 ans dans son pays natal, la Bretagne. Cette maladie a été de courte durée. A 21 ans il a fait son service militaire. N'a pas eu la syphilis et déclare avoir eu à l'âge de 31 ans seulement une blennorrhagie suivie d'orchite bénigne. Sa profession d'employé d'octroi l'oblige à monter des gardes de jour et de nuit pendant 24 heures, tous les deux jours. Malgré les refroidissements fréquents auxquels il est exposé, il n'a jamais eu de bronchite et ne se rappelle avoir eu aucune angine ni laryngite antérieures à sa maladie.

Le début de l'affection pour laquelle il est entré à l'hôpital remonte à quatre mois. Le 29 juin 1894 il a commencé à ressentir un léger mal de gorge qui tout d'abord ne le gênait pas pour manger et ne s'est accompagné de fièvre ni frisson. Cette douleur au lieu de disparaître est devenue continue en présentant des intermittences dans la facilité de la déglutition. C'est ainsi que certains jours, au moment où le bol alimentaire arrivait dans l'arrière-gorge, le malade ressentait une vive douleur qui l'obligeait à rejeter aussitôt tout son contenu buccal. Sa voix se voilait aussi parfois pendant une demi-journée puis redevenait claire pendant plusieurs jours. Six semaines après le début du mal de gorge, son cou s'est mis à grossir et à durcir. Ce gonflement s'est fait d'une manière lente et progressive pendant un mois et demi sans fièvre, sans douleur et ce n'est que depuis quinze jours c'est-à-dire le 17 octobre que le malade a dû cesser ses fonctions.

Avant de venir consulter M. Reclus à la Pitié, il est allé à Lariboisière ; M. Gouguenheim a pensé d'abord à une carie vertébrale, puis à une tuberculose du larynx et l'a adressé à M. le Dr Perier qui porte le diagnostic de sarcome du larynx.

1^{er} novembre. — Un pansement humide appliqué autour du cou lui procure un certain soulagement. Il se sent moins gêné dans ses mouvements. Néanmoins la peau devient rouge au centre de la tumeur et le malade accuse à ce niveau une sensation de chaleur accompagnée d'une certaine douleur. La région s'œdématie et il se forme un bourrelet transversal. La rougeur s'étend à toute la portion pré-laryngée et devient violacée au niveau du bourrelet. Là, on sent une fluctuation très superficielle, très limitée ; c'est un petit abcès qui soulève la peau au centre de la tumeur, un peu à droite de la ligne médiane.

5 novembre. — Après une injection de 3 centigrammes de cocaïne, une incision transversale de quatre centimètres donne issue à une cuillerée à café de pus qui est aspiré dans deux pipettes et envoyé à M. le Dr Lesage. Le lendemain on enlève le pansement. La poche de l'abcès est grosse comme une noisette, elle est sans anfractuosités. Les parois sont rouges, finement grenues et ne suppurent pas. L'œdème a disparu et la tumeur offre la même dureté ligneuse dans toutes ses parties. M. Reclus fait remarquer que, même après l'ouverture de l'abcès, on pourrait croire à une tumeur maligne, car les parois de la petite cavité en ont tout à fait l'aspect. Le malade qui a eue une recrudescence de son mal de gorge après l'opération, sans fièvre cependant, avale plus facilement dans les jours qui suivent et recommence à manger du pain et de la viande.

14 novembre. — L'œdème et la rougeur réapparaissent, et un deuxième abcès est ouvert à gauche du premier. L'aspect du

fond de la cavité est le même que dans le premier abcès. Les phénomènes inflammatoires cessent, et de nouveau on se trouve en présence de l'induration ligneuse.

23 novembre. — Troisième abcès à droite et au-dessous de la première incision au niveau de l'extrémité interne de la clavicule droite. Cet abcès est minuscule. On n'en retire qu'une goutte de pus qui est recueillie dans une pipette. La tuméfaction a conservé ses limites en haut et latéralement, mais elle a envahi la partie supérieure du thorax jusqu'au niveau du premier espace intercostal au-devant du sternum. Les jours suivants la tuméfaction s'étend vers la partie supérieure et franchit pour la première fois le rebord du cartilage thyroïde. On ne le sent presque plus et l'on constate qu'il glisse moins facilement sous la peau ; des adhérences commencent donc à se former entre le larynx et la tuméfaction. Les jours suivants la pomme d'Adam devient de nouveau perceptible au toucher et un quatrième abcès se forme au niveau de la clavicule droite.

31 novembre. — Incision de cet abcès qui donne lieu à l'écoulement d'une très petite quantité de pus mélangé à du sang. Pendant l'opération, on voit que la tuméfaction suit les mouvements du larynx dans la déglutition.

5 décembre. — La rougeur descend plus bas au-devant du sternum. Rien de particulier à noter jusqu'à la sortie du malade le 9 janvier. Les points incisés sont restés fistuleux. De temps en temps quelques gouttes de pus s'échappent par les orifices.

26 janvier. — Depuis sa sortie, deux nouveaux abcès se sont ouverts. Le dernier plus gros que les précédents s'est vidé par un des anciens orifices. L'aspect de la tuméfaction est sensiblement le même qu'à la sortie. Peut-être cependant l'adhérence au larynx est-elle moins intime. Les anciens trajets fistuleux

sont toujours violacés. On remarque un petit ganglion dur et indolent au-devant de l'os hyoïde et un autre à l'angle du maxillaire inférieur gauche. Le malade se plaint encore de souffrir toute la nuit quand il veut avaler la salive. Il a maigri et ne pèse que 65 kilogs au lieu de 71 kilogs qu'il pesait avant d'être malade.

30 janvier. — L'examen laryngoscopique fait par M. le Dr Luc n'a relevé qu'une légère hyperhémie de la corde vocale droite. La coloration est normale sur tout le reste de la muqueuse. Les deux cordes vocales fonctionnent également bien ; il n'y a pas de déformation du cylindre laryngo-trachéal, ni de signes de compression.

8 février. — Nous basant sur les résultats bactériologiques obtenus par M. le Dr Lesage, nous avons fait une injection de 20 gr. de sérum antidiphthérique sous la peau du flanc gauche. Elle n'a donné lieu à aucune élévation de température dans la journée. Le lendemain, à la visite du matin, le malade déclare qu'il n'a pas ressenti pendant la nuit les douleurs dont il se plaignait depuis longtemps. Nouvelle injection de 10 cc.

Le 10 février. — Nouvelle injection de 10 cc.

Le 15 février. — Le malade va de mieux en mieux, l'appétit est meilleur, la déglutition est facile : les sterno-mastoïdiens se dégagent.

8 mars. — Le malade quitte l'hôpital dans un état très satisfaisant. La maladie avait duré plus de 6 mois.

Examen bactériologique. — Cinq examens du contenu des petits abcès ont été pratiqués. Dans trois de ces examens, à l'examen microscopique, on note, outre les éléments du sang, quelques leucocytes granuleux. Aucune forme microbienne, ni par coloration simple, ni par les méthodes de Gram Ziehl. On fit

des cultures, et le résultat fut négatif. La conclusion est que dans les petits abcès des phlegmons ligneux, on ne trouve aucune forme microbienne.

Deux autres examens ont été pratiqués, mais la prise du liquide provenait d'abcès un peu plus volumineux et la quantité de liquide à examiner était plus forte. A l'examen microscopique, on trouve des leucocytes granuleux et quelques rares bacilles courts colorés facilement par le bleu de Loëffler ou le bleu de Roux ; ces bacilles peu nombreux se colorent par la méthode de Gram, mais avec une certaine difficulté.

Dans un de ces deux examens, en outre de ces bacilles peu nombreux, on notait l'existence de microcoques colorés par la méthode de Gram.

Pour chacun de ces deux examens, nous avons procédé de la façon suivante :

1^o Culture sur les divers milieux, mais avec une très petite quantité de liquide, (une petite gouttelette à l'extrémité du fil de platine).

2^o Culture avec une très grande quantité de liquide : (2 cent. c.).

Dans le 1^{er} cas : cultures négatives.

Dans le 2^e cas : cultures positives.

La quantité de liquide mise en culture est donc très importante probablement par suite de la petite quantité de microbes contenus dans ces abcès.

Dans un des deux examens où l'examen microscopique avait noté seulement la présence de quelques bactéries, nous avons obtenu deux cultures sur sérum et gélose, petites, grises, un peu saillantes, papuleuses, analogues en tous points aux cultures du bacille de Loëffler. L'étude de ces cultures montre que l'on est en présence d'une petite bactérie qui a tous les caractères de coloration et de culture de ce microbe.

Cette bactérie ressemble complètement à la forme courte de ce dernier microbe. Nous avons repris les deux premières cultures dans divers milieux, mais au bout de la 3^e reprise la pousse ne s'est plus effectuée. L'expérimentation chez les animaux a été négative. On serait donc en présence du bacille pseudo-diphthérique.

Dans le 2^e examen, nous avons également retrouvé le même bacille et les mêmes cultures peu abondantes, mais en plus, on notait quelques cultures de staphylocoques.

OBSERVATION IV (personnelle).

P..... (Edouard), 25 ans, contre-maître dans une fabrique de fer. Nous ne relevons rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires.

Lui-même s'est toujours bien porté, sauf une fièvre typhoïde qu'il eut à l'âge de 14 ans, et qui ne laissa aucune trace. Il jouissait d'une parfaite santé, lorsque fin avril, à la suite d'un mouvement brusque du bras droit, il éprouva une douleur intense et une sorte de craquement dans la partie droite du cou ; presque aussitôt après, sa tête prenait une attitude vicieuse, inclinée à droite, le visage tourné légèrement en haut et à gauche. Les mouvements d'abord difficiles et accompagnés d'une atroce sensation de tiraillement étaient au bout de 10 jours, absolument impossibles et la tête figée dans l'attitude du torticolis droit. La douleur réveillée au début par les seuls mouvements devient rapidement continue ; peu intense pendant le jour, elle est lancinante pendant la nuit, elle siège derrière l'apophyse mastoïde droite sans irradiations.

Dix jours exactement après le début de la douleur, alors

qu'existait déjà la contracture du sterno-cléido-mastoidien droit, le malade constata à la région rétro-mastoïdienne droite l'apparition d'une plaque indurée, ayant une surface équivalente à une pièce de 5 fr., rouge et peu douloureuse à la pression.

Cette période initiale de l'évolution du mal est marquée par des troubles généraux assez intenses ; le malade ne dort pas, il a perdu l'appétit et éprouve une céphalée en casque exacerbée pendant la nuit ; un médecin appelé constate de la fièvre et prescrit le salicylate de soude.

L'apparition de la plaque d'induration est accompagnée d'une rétrocession des signes fonctionnels ; la douleur diminue et le malade peut sans trop de difficultés redresser sa tête.

Mais vers le 6 mai, cinq jours après l'apparition de la surface ligneuse, quinze jours après le début de la maladie tous les symptômes reparaissent et cette fois plus intenses, forçant le malade à garder le lit. La plaque d'induration, qui au moment de l'amélioration passagère ne s'était pas modifiée, grandit subitement, gagne en bas la clavicule, en avant la ligne médiane, en arrière toute la nuque. La région était douloureuse, un peu chaude, la teinte en était rouge vineuse et un bourrelet circonscrivait très nettement les limites du mal. La tête à cette période était si fortement inclinée que l'oreille touchait l'épaule droite. Cependant la mastication et la déglutition n'étaient nullement gênées et il n'existait pas de modification appréciable de la voix.

Vers le 10 mai le malade s'aperçut que la surface indurée, lisse jusqu'alors, se modifiait et offrait 3 légères bosselures superposées et séparées par des dépressions, la consistance au niveau des parties saillantes et rentrantes était exactement la même.

Dès que ces bosselures se furent montrées, la douleur cessa complètement. Cet état de choses persiste jusqu'au 15 juin, époque à laquelle le malade inquiet par la longue durée de l'affection et l'impossibilité de mouvoir la tête va consulter à Saint-Antoine.

On voit donc que la maladie jusqu'au 15 juin a présenté plusieurs phases distinctes : une première période caractérisée par l'attitude vicieuse, de la douleur et des phénomènes généraux assez intenses.

Une seconde période : Apparition de la plaque et atténuation des phénomènes généraux.

Un troisième stade : développement de la plaque et redoublement des phénomènes généraux.

Une quatrième période : formation des bosselures et disparition de la douleur.

La douleur a donc disparu au moment où la plaque et les bosselures se montraient.

A l'hôpital Saint-Antoine, le Dr Picou pratique le 15 juin dans la partie la plus déclive de la tumeur, à quelques centimètres au dessus de la partie moyenne de la clavicule, une incision linéaire de trois centimètres environ qui ne donne issue qu'à du sang.

Le 22 juin, la malade vient à l'hôpital Laënnec consulter M. Reclus.

C'est un homme pâle, amaigri, de taille moyenne mais musclé. Sa tête est inclinée à droite avec légère rotation du côté opposé.

Sur la partie latérale droite du cou, descendant jusqu'à la clavicule, se perdant en haut dans le cuir chevelu, atteignant en avant et en arrière la ligne médiane, on observe une coloration rouge des téguments ; trois légères bosselures superposées de haut en

bas, et d'arrière en avant, séparées par deux sillons soulèvent la peau. La coloration rouge semble un peu plus accentuée au niveau des parties saillantes ; elle devient rouge vineux au niveau de l'incision faite par M. Picou, elle est plus vive en arrière et un peu au-dessous de l'apophyse mastoïde. Elle va s'atténuant progressivement vers les parties périphériques et à la vue il n'existe pas de ligne de démarcation nette entre les parties malades et les parties saines.

A la palpation on constate une dureté ligneuse de toute la région, dureté qui reste la même au niveau des parties saillantes et déprimées, au niveau des points rouge-vineux et rouge vifs, au centre et à la périphérie. La pression du doigt ne modifie nullement la coloration. La peau n'est pas mobilisable sur les plans profonds. Mieux que par la vue on arrive par le doigt à limiter la plaque indurée ; en avant on sent un rebord très net, très régulier, descendant du sommet de la mastoïde vers l'extrémité interne de la clavicule suivant la direction du sterno-cléido mastoïdien ; en bas la consistance ligneuse atteint la clavicule qu'elle suit jusqu'à sa partie moyenne ; de ce point on peut suivre la limite de la zone indurée qui se dirige obliquement en arrière et en haut pour arriver sur la ligne médiane de la nuque à quatre travers de doigt au-dessus de la saillie de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale. Il est plus difficile de continuer cette délimitation à la partie supérieure au niveau du cuir chevelu, l'induration devenant plus délicate à apprécier ; cependant d'une manière approximative la limite est marquée par une ligne, allant de l'apophyse mastoïde à la protubérance occipitale externe. Le bourrelet n'est très net qu'en avant et en bas mais avec un peu d'attention on le retrouve en arrière et en haut.

Cette palpation est peu douloureuse sauf au niveau de la mastoïde. Du reste le malade ne ressent plus de douleur spontanée. Son état général s'est beaucoup amélioré et il a pu reprendre son travail.

4 juillet. — La contracture a notablement diminué et il est possible au malade d'incliner la tête. La teinte rouge vineux semble s'être accentuée en avant et en bas. L'induration n'atteint plus en arrière la ligne médiane. Mais les parties indurées ont gardé leur consistance primitive.

8 juillet. — La teinte rouge vineux s'est accentuée dans la région sus-claviculaire qui est légèrement douloureuse à la pression. Le malade se plaint de céphalée. Les mouvements de la tête sont plus faciles.

22 juillet. — L'induration n'est plus localisée que dans la région sus-claviculaire. L'attitude vicieuse a complètement disparu et les mouvements de la tête se font avec la plus grande facilité.

27 juillet. — Il ne reste dans la région antéro-latérale du cou qu'une légère perte d'élasticité de la peau et la cicatrice rougeâtre de l'incision.

1^{er} août. — Les téguments sont redevenus normaux. Mais le malade vient consulter pour un furoncle apparu sur la région dorsale du pied gauche. Incision ; élimination d'un bourbillon caractéristique, de petites dimensions.

8 août. — La cicatrisation du furoncle s'est effectuée.

Le malade est revu le 15 octobre. La guérison s'est maintenue et les tissus sont absolument souples au niveau du phlegmon guéri.

Examen bactériologique. — Cet examen fut pratiqué au mois de juin par M. Simon.

Il incisa après les précautions antiseptiques habituelles les couches superficielles, puis entre les lèvres de l'incision c'est-à-dire en milieu aseptique, il piqua une pipette avec laquelle il retira quelques gouttes de liquide seulement. Mises en culture sur bouillon elles donnèrent quelques rares colonies de staphylocoque doré.

Examen des urines. L'analyse des urines pratiquée par M. Perrotin donna les résultats suivants.

Quantité	750 cme.	
Densité	1016	
Couleur	jaune-clair.	
Aspect	louche.	
Dépôt.	léger, floconneux.	
Phosphates	1 gr. 71	} par litre.
Chlorures	1 gr. 50	
Urée	9,928	
Albumine	0	
Sucre.	0	
Acide urique.	0,35	par litre.
Indican	0	
Urobiline	0	

OBSERVATION V (Kraüse).

Femme de 35 ans. Le malade déclare qu'elle a remarqué quelque temps auparavant une petite grosseur sous son menton. Elle n'a d'ailleurs éprouvé ni frisson ni fièvre ; la grosseur était tout à fait indolore. Mais elle s'étendit progressivement en bas et à droite. Dans la nuit du 4 au 5 décembre la

malade se réveilla en proie à une dyspnée extraordinaire qui l'obligea à se lever. Elle éprouva une légère amélioration après des vomissements provoqués. Rien à l'examen laryngoscopique.

L'examen général montra : malade très vigoureuse, obèse et bien nourrie. Jamais elle n'a eu de maladie sérieuse ; elle a eu dix enfants. Apyrexie ; pouls 96. Rien aux viscères. La malade se plaint de fortes douleurs en avalant. Les aliments solides ne passent pas et l'ingestion des liquides se fait difficilement. La tumeur du cou s'étend en bas jusqu'au bord supérieur du sternum et la face supérieure de la clavicule droite, en haut elle atteint le bord inférieur du maxillaire inférieur ; elle est dure et elle ressemble à une cuirasse. Les bords en sont surélevés et se séparent nettement de la peau saine environnante. La peau est rouge, non œdémateuse, indolore même sous une forte pression du doigt. On ne trouve nulle part de la fluctuation. Les mouvements de la tête sont un peu gênés ; rien au pharynx. Ni le maxillaire ni les ganglions lymphatiques ne sont tuméfiés.

Au bout de quelques jours, abcès au dessus du sternum est incisé : 10 cc. de pus, l'incision était très profonde. Le lendemain la malade allait mieux. La plaie guérit rapidement. La consistance de la tumeur diminua lentement et le 15 janvier la cicatrisation était complète ; du côté droit du cou, la tuméfaction disparut lentement après bien des jours.

Le pus fut cultivé sur agar et gélatine : résultats négatifs.

OBSERVATION VI (Kraüse).

Phlegmon ligneux de l'abdomen.

Jeune homme de 18 ans. Entre à l'hôpital israélite le 24 février 1898. Dix semaines auparavant il a remarqué à son bas-

ventre une petite tumeur qui se développa sans fièvre ni frisson ; elle était indolente et augmenta tous les jours. Un peu plus récemment, il a présenté des troubles urinaires : envies très fréquentes d'uriner avec peu d'urine dans la vessie. L'examen montra : malade chétif, pâle, peu musclé. Au sommet droit respiration rude. Sur la région antérieure de la paroi abdominale, tumeur qui va de l'ombilic à la symphyse, limitée à gauche par une ligne qui joindrait l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure, à droite par le bord externe du muscle grand droit en bas et à droite elle atteint le ligament de Poupart. La tumeur est dure comme une planche, immobile, adhérente aux plans sous-jacents. La peau a sa coloration habituelle, et elle est indolore ; pas de fluctuation. Toucher rectal montre la tumeur incluse dans la paroi abdominale, dure et non fluctuante ; adénopathie inguinale bilatérale ; urines rares et acides 400 cc. en 24 heures, poids spécifique 1025, urates en excès, pas de sucre, traces d'albumine. Rien d'anormal dans la vessie. Rien d'anormal du côté des organes pelviens, pas de fièvre ; pouls bien frappé.

Au bout de quelques jours un abcès se développe près de l'ombilic donnant issue à une très petite quantité de pus.

Ce pus est coloré au bleu de méthylène et porté sur lamelles : globules de pus et quelques cocci qui présentent le même degré de coloration. Résultats négatifs avec la culture sur agar et gélatine.

Les jours suivants, pas de modification dans l'état du malade. Apyrexie, pouls 94 à 100. La tumeur toujours aussi dure s'étend un peu vers la gauche. Urines toujours peu abondantes. Comme on ne pouvait pas obtenir de cultures avec le pus, j'incisai la tumeur et portai la sérosité et un morceau de la tumeur sur un

milieu de culture. L'incision fut petite mais profonde entre l'ombilic et la symphyse un peu à gauche de la ligne ombilicale.

On fit l'ensemencement ; après 24 heures avec la sérosité apparurent sur agar des îlots gris surélevés. Deux jours après, ils confluèrent et prirent l'aspect de trainées grises et épaisses. Quant au fragment de tissu cellulaire, il s'entoura d'une couche grise qui augmenta de plus en plus ; au bleu de méthylène on y découvrit des cocci ordonnés en groupes de 3 ou 4. Ces cocci étaient plus grands que des staphylocoques. La deuxième génération de la culture issue du fragment de tissu cellulaire se développa sur agar à 37° sous la forme de petits îlots gris ; ces petits îlots gris à leur tour confluèrent de façon à former de grosses trainées grises. Les cultures sur gélatine se développèrent très lentement à la température de la chambre. Au bout du cinquième jour un point blanc dépassa la surface de la gélatine.

Pour reconnaître la toxicité des cultures, j'injectai sous la peau d'un cobaye une culture de la deuxième génération vieille d'un jour, je fermai la plaie par deux points de suture et l'obturai avec du collodion. Pas de changements d'abord dans l'état général de l'animal. Au quatrième jour seulement infiltration dure du tissu cellulaire au point d'inoculation. Abscès le sixième jour. Je cultivai le pus sur agar et gélatine ; du point touché par mon aiguille rayonnèrent le lendemain des petits îlots blancs qui dépassaient la surface de l'agar. Les jours suivants ces petits îlots blancs confluèrent. Rien sur gélatine. Au microscope les mêmes cocci que précédemment. La deuxième génération obtenue avec le pus du cobaye se comporte comme la première. Par inoculation à un cobaye d'une culture vieille

de deux jours de cette deuxième génération on obtint le même abcès que précédemment.

L'état du malade s'améliore de jour en jour. Un peu de tachycardie. Au bout de quatre semaines, la tumeur diminua, la plaie se ferma et le malade israélite quitta l'hôpital le 11 avril dans l'état suivant :

La plaie est totalement guérie ; une induration insignifiante subsiste au-dessus du ligament de Poupart à gauche. Ventre souple. Rien d'anormal par le toucher rectal. Urines normales. Tachycardie. Bon état général.

OBSERVATION VII (Van Stockum, de Rotterdam).

Malade opéré 7 mois auparavant pour hernie inguinale droite. La plaie avait suppuré abondamment, on avait dû la rouvrir et après la cicatrisation qui s'était accomplie en 4 semaines il s'était formé quelques petits abcès par lesquels s'étaient éliminées les sutures profondes. Pendant la suppuration il s'était formé une induration assez volumineuse dans les environs et après la cicatrisation complète, le terrain induré s'était encore agrandi.

Le malade est un homme de 55 ans, bien portant, ne se plaignant que d'un point douloureux dans le flanc droit. La cicatrice n'offrait rien de particulier ; la peau environnante avait l'aspect normal, elle était souple et mobile sur les tissus sous-jacents. Mais, en palpant profondément, je fus surpris de trouver une résistance extrêmement dure dont le siège évidemment était dans la couche musculaire de la paroi abdominale. Il y avait là une véritable tumeur plate comme en plastron où

en cuirasse, qui commençait au-dessus du ligament de Fallope et se continuait en haut sur une étendue de deux paumes de main. Cette tumeur obturait le canal inguinal, aussi il n'y avait pas trace de hernie.

Par l'examen rectal on peut s'assurer que la tumeur ne descendait pas dans la cavité abdominale. Pendant deux mois encore la tumeur reste stationnaire et il ne se forme pas de foyers purulents. Aussi bien dans un but thérapeutique que pour chercher la nature du phlegmon, on excisa en deux ou trois fois une grande partie des tissus indurés.

La peau et le tissu conjonctif sont d'aspect normal, mais la couche musculaire est transformée en une masse homogène dure, criant sous le bistouri.

L'examen histologique et bactériologique des morceaux enlevés fait par le Dr Van Stockum a démontré que le tissu induré est formé par des fibres conjonctives et des faisceaux musculaires dans un état de dégénérescence hyaline ; d'actinomycose ou de tuberculose pas de traces. Dans tous les morceaux pris de différents endroits et à des époques éloignées il se trouvait des micro-organismes de la même nature qui ont été reconnus comme des bacilles pseudo-diphthériques ; ils se trouvaient dans toutes les épreuves bactériologiques comme cultures pures et ils ont été trouvés dans toutes les préparations microscopiques des tissus indurés.

On fit des injections intra-musculaires à des cobayes avec des cultures de ces bacilles pseudo-diphthériques. Il se formaient des petits nodules indurés qui disparurent bientôt. On fit même la réaction de Widal avec le sérum sanguin du malade et des cultures des bacilles trouvés. Le résultat a été négatif.

OBSERVATION VII (Kousnetzoff) (résumée).

Le malade est un vieillard de 67 ans, qui, à la suite d'une angine vit se développer sur le côté droit du cou, une tumeur de consistance ligneuse. Au bout de plusieurs semaines certains points de la tuméfaction devinrent fluctuants et donnèrent issue à du sang mêlé à quelques grumeaux de pus ou l'on retrouve quelques streptocoques à virulence très atténuée.

OBSERVATION IX (Orloff) (résumée).

Jeune fille de 14 ans présentant tuméfaction dure sur toute une moitié du cou ayant débuté derrière l'oreille en janvier 1897. Malgré l'emploi d'iodure de potassium la tumeur continue à augmenter elle s'ulcère en octobre et donne un pus dépourvu de toute granulation. Traitement par incision et excision, les tissus paraissent blanchâtres au niveau de la plaie. Cicatrisation et guérison rapide. Au microscope on trouve de la prolifération du tissu conjonctif à la périphérie du morceau excisé ; le centre en paraît un peu nécrosé. Au point de vue bactériologique quelques cocci.

OBSERVATION X (Orloff) (résumée).

Homme, 50 ans, qui dix-huit ans auparavant avait présenté au niveau des épaules des ulcérations dont la nature n'a pu être déterminée et qui mirent trois ans avant de se cicatriser. Début de la tuméfaction remonte à deux ans ; accroissement lent et

indolore. Trois mois avant l'entrée dans la clinique, le malade eut au niveau de l'insertion inférieure du sterno-cléido-mastoïdien droit un abcès qu'on ouvrit et duquel s'écoula une grande quantité de pus. Ultérieurement accroissement rapide de la tumeur allant même jusqu'à causer quelques difficultés à la déglutition. Actuellement la tumeur occupe presque toute la moitié gauche du cou, s'étendant en hauteur depuis la clavicule jusqu'à une ligne horizontale passant par les lobules de l'oreille et en largeur depuis les apophyses épineuses cervicales jusqu'au delà de la ligne médiane en avant. Très dure vers le centre, plus molle à la périphérie. Une fistule marque la place de l'ancien abcès ouvert et sécrète un liquide purulent. Au microscopé quelques cocci, pas d'actinomyxose.

Incision, cautérisation, iode à l'intérieur. L'accroissement de la tumeur a été complètement arrêté.

CONCLUSIONS

1° Il se développe dans l'organisme des inflammations chroniques qui se distinguent nettement de la tuberculose et du cancer avec lesquels on les avait longtemps confondues.

2° Le phlegmon ligneux que M. Reclus a décrit le premier est une de ces inflammations chroniques. Le siège le plus fréquent de cette affection est le cou, mais on l'a observée en d'autres points, notamment à la région abdominale.

3° Le phlegmon ligneux n'est pas produit par un microbe spécifique mais par tous les microbes habituellement ou accidentellement pyogènes, sans doute en petite quantité et de virulence atténuée. La réaction des tissus, au lieu de se manifester par les signes ordinaires de l'inflammation aiguë, se traduit par la prolifération du tissu élastique et conjonctif.

4° Le phlegmon ligneux est caractérisé par une plaque indurée profonde ou superficielle, presque toujours limitée dans ce dernier cas par un bourrelet, plus appréciable au palper qu'à la vue. La rougeur vineuse n'apparaît que lorsque la peau devient adhérente à la plaque indurée profonde. L'évolution est d'une lenteur remar-

quable et la masse s'accroît en général sans fièvre et sans phénomènes généraux appréciables ; les signes cardinaux du phlegmon aigu font défaut ou sont très atténués ; mais si le gonflement et la rougeur ne manquent jamais, la chaleur n'est pas très intense et la douleur manque presque totalement. Au bout de plusieurs semaines, quelquefois de plusieurs mois, l'œdème apparaît et des foyers de suppuration se forment ; il peut en exister plusieurs qui évoluent séparément ou se réunissent en une collection unique. La maladie peut aussi se terminer par simple résolution.

5° Le phlegmon ligneux est au début difficile à distinguer du squirrhe en cuirasse ; son évolution ressemble beaucoup à celle de l'actinomyose.

Vu : le président de la thèse,

BRISSAUD

Vu: le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Reclus.** — In Gazette des hôpitaux, 1893, LXVI, 833-835.
Médecine Moderne, 1893, page 914. Revue de chirurgie 1896, XVI, 522-531.
- Batsère.** — Thèse de Paris, 1895.
- Sourris.** — 1878. Contribution à l'histoire des inflammations phlegmoneuses du cou. Recueil de mém. de méd. militaire 1878, XXXIV, 91-607.
- Van Stokum.** — Congrès de chirurgie, 21 oct. 1895. Revue de chirurgie, 1899, n° 11.
- Advena.** — 1842, Med-Ztg-Berl, 1842, XI, 209.
- Uhde.** — 1854. Deutsche Klinik, Berl, 1854, VI, 76, 44, 65.
- Kousnetzoff** — 1898. Lietop. russk. chir. T. III, page 575.
- Orloïf.** — Chirurgia St. Pet. 98, vol. IV, page 232. Chirurgia, Moskova, 1898, IV, n° 21, p. 233-235.
- Kräuse.** — Centralblatt f. Chirurgie, 1895, n° 17, p. 505.
- Bouchard.** — Traité de Pathologie Générale.
- Veau.** — Thèse de Paris 1901.
- Bulletin de la Société de Chirurgie.** 15 oct. 1901.
- Gazette des hôpitaux,** 3 février 1894, janvier 1896,
(art. de Ricard).
- Traité de Chirurgie.** — Duplay et Reclus. Le Dentu et Delbet,
- Traité d'Anatomie.** — Poirier.

